الفصل التاسع والعشرون

علاج أمراض الشرايين التاجيه والتنفس

Cardiovascular and respiratory diseases Treatment

C. Bundy سى . بندى

الفصل التاسع والعشرون
علاج أمراض الشرايين التاجية والتنفس
سى . بندى C. Bundy

التدخل فى أمراض الشرايين التاجية والقصور الدموى القلبى (١)

يمكن تطبيق التدخل النفسى فى كل مراحل أمراض الشرايين التاجية سواء فى الوقاية الأولية (قبل ظهور أعراض المرض)، وخلال المرحلة الحادة التى غالبا ما تكون تالية لجلطة القلب ، أو فى مرحلة إعادة التأهيل أو التأهيل التالى(٢) (الوقاية الثانوية)، ويتراوح نوع التدخل الذى يمكن استخدامه بين العلاج النفسى باستخدام الأساليب المعرفية السلوكية إلى الاستراتيجيات السلوكية. وكان التدخل النفسى قبل السبعينيات يتضمن أساساً العلاج النفسى أو تعديل السلوك المتعلق بعوامل الخطر المرتفعة. وبالرغم من ذلك فمع تطور النماذج التفاعلية الخاصة بالضغوط جاءت مقدمات الحزم العلاجية الشاملة التى تستخدم أكثر من أسلوب.

الوقـــــاية :

التعليم الصحى هو المنحى الأساسى للوقاية الأولية وهو يعتمد على افتراض أن التعرف على عوامل الخطر المسببه لأمراض الشرايين التاجية سيوجه الناس نحو تغير أنماط حياتهم وسلوكياتهم تبعا لذلك. وقد استخدم هذا المنحى فى نطاق محدود مع أفراد ومجموعات صغيرة، وعلى نطاق واسع يشمل المجتمع بأكمله. وهناك دراستان بارزتان تتضمنان مجتمعان هما : مشروع ستانفورد للثلاث مجتمعات(٣) فى الولايات المتحدة، ومشروع شمال كارليا (٤) فى فنلندا (أنظر على سبيل المثال : Kottke et al. 1984; Puska et al., 1983) وقد استخدمت كل من الدراستين حملات نصح ومعلومات من خلال وسائل الاتصال الجمعى حول مخاطر أمراض القلب، والأكل والسلوك الصحى. وقد أدى مشروع شمال كارليا إلى انخفاض جوهرى فى التدخين وفى مستوى الكلسترول وفى ضغط الدم الأنبساطى.

وقارن برنامج ستانفورد بين : ١ – عدم وجود أى تدخل مخطط وبين. ٢- استخدام التعليم فقط وبين ٣ – التعليم وتعليمات التحكم الذاتى فى ضغط الدم والوزن والتدخين بالإضافة إلى نصائح محددة

(1) Ischaemic heart disease.
(2) Post- rehabilitation.
(3) Stanford Three Communities Project.
(4) North Karelia Project.

حول التغذية. وكانت نتائج التعليم والتعليمات ممتازة، إذ تحقق انخفاض قدرة ٣٠ فى المئة فى مخاطر أمراض القلب مقارنة بانخفاض قدرة ١٠ فى المئة لدى مجموعة التعليم فقط وكان الانخفاض الذى بلغ ٣٠ فى المئة فى عوامل الخطر لمرض القلب مصحوبا بانخفاض فى مخاطر بعض الأمراض الأخرى المتعلقة مثل الجلطة المخية (١) واضطراب التنفس ، وعلى المستوى الفردى أظهرت نتائج التدريب على المهارات السلوكية مع الإرشاد الفردى الممتد مقارنة بزيارة واحدة للطبيب تحسنا جوهريا فى الوزن والتغذية ومستوى الكلسترول ومستوى الدهون الثلاثية (٢) والتدخين . (Meyer and Henderson, 1974)

وقد ركز الكثير من البحوث فى مجال الوقاية الأولية على تعديل سلوك النمط أ. والذى سيناقش بشكل شامل فى القسم المخصص له من هذا الفصل. وقدم لونج (1984) Long إحدى الدراسات القليلة التى قارنت بين التدخل النفسى (تعليم وتدريبات معرفية سلوكية) وبين التدخل البدنى (الأيروبك) (٣) وقيس كل من القلق والتوتر والإدراك الذاتى للكفاءة وإمكانية ممارسة الرياضة لدى ٦١ متطوعا ممن يعانون من الضغوط. وقد لوحظت تغيرات كبيرة فى التوتر والقلق لدى كل من المجموعتين، غير أن أى منهما لم يتمين عن الأخرى ويعتقدا أنهما متكاملتين وبالرغم من التغيرات الإيجابية التى سجلت فى مخاطر أمراض القلب نتيجة للتعليم الصحى وحده، وبالجمع بينه وبين الاستراتيجيات المعرفية السلوكية، يظل السؤال القائم هو : هل يترجم ذلك إلى إنخفاض فعلى فى أمراض القلب. ويحتمل أن الأمر يستغرق بعض الوقت إلى أن تتجسد التغيرات فى نمط الحياة فى صورة انخفاض حقيقى فى أمراض القلب. ويستطيع الأخصائيون النفسيون لعب دور جوهرى فى المساعدة على هذه الترجمة.

المرحلة الحـــادة

توصف أكثر أشكال استخدام التدخلات شيوعا فى هذه المرحلة من مراحل أمراض القلب على أنها علاج نفسى فردى أو علاج لمجموعات صغيرة، إلا أنها تتضمن فى الواقع ارشادا وتدريبا على تدبر القلق ويذكر لينزر وارنسون (1972) Lenzer and Aronson علاجا نفسياً فردياً لمرضى حولوا من وحدات العناية المركزة للقلب إلى أجنحة المستشفى الرئيسية، وقد أظهر أولئك الذين أعُدوا لذلك قدرا أقل من التكدر الانفعالى ومستويات أكثر أنخفاضا فى هرمون الكاتيكولامين (٤) وتعقيدات قلبية أقل من المجموعة الضابطة. وقام جروين (1975) Gruen بأكثر الدراسات المنهجية التى أجريت على مرضى فى هذه المرحله. حيث قسم عشوائيا سبعين مريضا إلى مجموعتين، تلقت الأولى علاجًا نفسيًا تدعيميًا، ولم تتلق الأخرى أى علاج نفسى خلال مرحلة علاجهم طبياً فى وحده العناية المركزة للقلب. وقد قدر أفراد مجموعة العلاج النشط على أنهم أقل قلقًا وإكتئاباً ، وعانوا درجة أقل من المشكلات القلبية ، وأقاموا أياما أقل فى وحده العناية المركزة وأياما أقل فى جناح المستشفى بعد نقلهم إليه ويبدو أن هذا الشكل من المدخلات النفسية مفيد للمرضى بالإضافة إلى أنه قليل التكلفة نسبيا.

---

(1) Stroke
(2) Triglyceride
(3) Aerobic Conditioning
(4) Catecholamine.

إعادة التأهيل والوقاية الثانوية

استخدمت أشكال متعددة من التدخلات النفسية التى تتراوح بين الأساليب السلوكية والعلاج النفسى بدرجات متباينة من النجاح فى هذه المرحلة من مراحل أمراض القلب. والعلاج الراهن المختار عبارة عن حزمة تعليمية ، تدعيميه ، علاجية نفسية ، وتدريب معرفى سلوكى على المهارات. وعادة ما تتضمن المكونات التعليمية معلومات حول جلطة القلب ، والتغذية والعودة إلى العمل ونمط الحياة الصحى، واحيانا ما تتضمن التعرف على الاستثارة النفسية والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحب لها. وغالبا ما يتركز. التدريب على المهارات على تعديل النمط أ السلوكى، إلا أنه يمكن أن يمتد أيضا لكى يشمل استخدام العائد البيولوجى والاسترخاء، والتدريب على التوكيدية، وتدبر الغضب.

وهناك الكثير من الدراسات الجديرة بالذكر للتدخل النفسى فى هذه المرحلة وتعتمد أغلب برامج التدريب على الاسترخاء، ويتضمن بعضها أيضا تدريبات أخرى مثل التدريب على التمرينات (للاطلاع على مراجعة جيدة انظر Langosch, 1984) وقد وصف أورنش وزملاؤه (Ornish et al. 1983; 1990) واحدة من أكثر الحزم العلاجية شمولا، وهو البرنامج الوحيد الذى استخدم مع مرضى قلب ويركز على الجمع بين التغيرات الغذائية وتدريبات على تدبر الضغوط، وتغيير نمط الحياة، بما فى ذلك التدريب التدريجى على ممارسة الرياضة. ولم تظهر نتائج هذه الدراسة انخفاضا ملحوظا فى الذبحة الصدرية (١) مع تحمل زيادة التمارين الرياضية فقط، بل تدعى حدوث انعكاس(٢) فى تصلب الشرايين، وكانت الدلائل التى أوضحها تصوير شرايين القلب (٣) مقنعة للغاية. ولا يقدم المؤلفون أية ادعاءات حول أى مكونات الحزمة العلاجية هى التى أثرت فى هذا الإنعكاس. ومن الواضح أن هذا يبدو مجالا مستقبليا لعمل الأخصائيين النفسيين مع هذا المجموعة المهملة من العملاء.

خلاصة وتوصيات

يمكن إجراء تدخل نفسى فى أى مرحلة زمنية من مراحل المرض، قبل التشخيص أو خلال المرحلة الحادة، وخلال إعادة التأهيل. وتعد التدخلات النفسية التى تعتمد على منحى معرفى سلوكى، وبالأخص تلك التى تقوم على المهارات فعالة على نطاق واسع، غير أن العلاج النفسى التدعيمى يمكن أن يفيد بالمثل مجموعات فرعية من الناس. وتبدو التدخلات التى تتضمن أكثر من نوع واحد من العلاج مفيدة بصفة عامة وأكبر تأثيرا من العلاجات التى تستخدم أسلوبا واحداً فقط. وتلاحظ هذه التأثيرات على المقاييس النفسية والفسيولوجية.

(1) Angina.

(2) Reverse the atherosclerosis.

(3) Angiography.

تاريخ حاله

السيد «د» فى الثالثة والخمسين مدير مشروع صغير للترميمات، وهو يعيش مع زوجته، ولديهما ابنان فى الثلاثينيات من عمرهما ويعيشان مع أسرتيهما. وبالرغم من أن الأسرة تصف نفسها باعتبارها ميسورة الحال، إلا أنهم يصفون نمط حياتهم أيضا باعتباره إرث آبائهم الفقراء. والزوجان مدخنان. ويستهلكون الحد الأقصى من الكحول بالنسبة لوزنهم، ويأكلون كثيرا فى المطاعم وفى المنزل فى المناسبات الترفيهية مع الأصدقاء بشكل منتظم وكل من الزوجين زائد الوزن. وهما يعترفان أنهما يأكلان كل أنواع الأطعمة السيئة. ويمارس السيد «د» الجولف مرة فى الأسبوع، وتمارس السيدة «د» السباحة أحيانا، ويمارس الابنان الرياضة بانتظام ولكن لديهما نمط حياة مشابه لنمط حياة والديهما.

عانى السيد «د» من أول نوبة للذبحة الصدرية اثناء لعبه الجولف واعتقد أنها عسر هضم واستمر فى اللعب، وتعرض لبعض النوبات الأخرى بعد ذلك أثناء ما كان يرهق نفسه ذهنيا وبدنيا على وجه الخصوص، وقد عرض على أخصائى قلب، والذى أجرى له رسم قلب بالمجهود ثم فسر حاله السيد «د» على أنه يعانى غالباً من ذبحة صدرية ووضع السيد «د» على قائمة انتظار لتصوير شرايين القلب للتأكد من التشخيص، وطلب منه التوقف عن التدخين، ولم يقم بأي تنازل يتعلق بنمط حياته سواء فى غذاءه أو سلوكه. وقبل أسبوعين من الموعد الذى حدد له لتصوير القلب عانى من جلطة فى القلب وادخل إلى وحدة العناية المركزة بالشرايين التاجية كحالة طارئة ، وبالرغم من تعافى السيد «د» من الذبحة الصدرية إلا إن الذبحة أصبحت أكثر سوءاً وأدت إلى إعاقة حادة لنمط حياته، وبعد عودة السيد «د» من المستشفى للبيت تعرض لنوبة ألم أخرى حادة وأعيد على أثرها مرة أخرى لوحده العناية المركزة للقلب مع الشك فى حدوث جلطة فى القلب. وعندما لم يتأيد هذا الشك حول إلى الخدمات النفسية.

وأجرى له تقييم لنمط حياته، مع وضع بروفيل لنمط سلوكه وخصائص سماته، بالإضافة إلى تقييم شامل لإمكاناته الجسمية، وحالته القلبية وقد حقق السيد «د» تعافيا جيدا من جلطة قلبه وكانت درجة الأنسداد الشريانى لديه متوسطة. وكان رسم قلبه بالمجهود محددا نظراً لعمره. وبالرغم من ذلك فقد كان مرتفع القلق كما قيس بمقياس قلق واكتئاب المستشفى، ومرتفع العدائية كما قيست بمقياس كوك ميدلى للعدائية ، وحصل على درجات متطرفة الارتفاع على العصابية كما قيست بمقياس العصابية من بطارية ايزنك للشخصية، ولم تبد عليه أعراض سلوك النمط أ كما قيس بمقياس جنكنز لمسح النشاط (١) .

وقد وصف للسيد «د» برنامج متعدد المكونات لإعادة التأهيل. فقد ألحق بمجموعة تدريبات رياضية داخل المستشفى تتكون من مجموعة أخرى من مرضى جلطة سابقين ويشارك فيها أربع مرات صباحا فى الأسبوع لمدى اثنى عشر أسبوعا، كما ألحق أيضا بمجموعة أخرى مكمله لبرنامج تدريبات رياضية تتكون أيضا من مرضى جلطة سابقين ومرضى آلام صدر.

(1) Jenkins Activity Survey.

وتتضمن هذه المجموعة الأخيرة خمسة أنواع من التدريب على الاسترخاء تتراوح بين الاسترخاء العضلى التدريجى وحتى التنويم الذاتى [1] وتعتمد على علاج معرفى سلوكى اقتبسه الأخصائى النفسى الإكلينيكى يتضمن الاحتياجات الخاصة بجمهور مرضى جلطة القلب والذبحة الصدرية. ويتضمن تدبر الغضب، والتحكم فى الآلم (بعد ماكينبوم، Meichenbaum, 1985) وتعليم حول نمط الحياة وماهية جلطة القلب والصلة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، والمثيرات النفسية المحتملة للذبحة الصدرية، وتتكون المجموعة من عدد يتراوح بين ٨ إلى ١٠ أفراد يلتقون مرتين أسبوعيا لمدة ساعة ونصف على امتداد سبعة أسابيع، وخلال هذا الوقت كان السيد «د» يمارس تمارين الاسترخاء فى البيت ويقوم بالواجبات المنزلية التى يكلف بها والتى تتضمن إجراء تغييرات فى نمط الحياة والسلوك.

وفى نهاية برناج التأهيل كان السيد «د» قد تعرض لعدد قليل للغاية من نوبات الذبحة الصدرية كما سُجل فى يوميه للذبحة ورسم القلب على مدى ٢٤ ساعة وأصبح فى غير حاجة لأن يظل على مضادات الذبحة الصدرية بشكل منتظم وتحسن رسم قلبه بالمجهود بشكل جوهرى على اختبار الدراجة متزايدة السرعة وهو يمارس السباحة الآن، ويركب دراجة مرتين فى الأسبوع، ويذكر أنه أقلع عن التدخين، وأصبحت درجاته على العدائية والقلق منخفضة جوهريا عما كانت عليه قبل البرنامج. وقد غيرت كل من زوجة السيد «د» ولديه من نمط حياتهم بالمثل، وكفت السيدة «د» عن التدخين، وأقلع الابنان أيضا عن التدخين. وتغيرت مكونات غذائهم لتتضمن قدرا أقل من الدهون، وفق تقاريرهم الغذائية، وبدأ وزنهم فى الانخفاض، وطلب الاثنان اجراء فحص لمستوى الكلسترول لديهما والذى تبين أنه فى الحد الأقصى للسواء وكان هذا، كما ذكرا، دافع إضافى لجعلهم يغيرون طريقة غذائهم.

وبعد عام من المتابعة، كان السيد «د» مستمرا فى تقدمه، وهو يصف نفسه الآن على أنه أكثر لياقة بدنيا مما كان عليه فى أى وقت مضى، ولم يعانى من أى نوبات ألم أو مشكلات نتيجة للجلطة ، ولكنه مازال يعانى من بعض نوبات الذبحة القليلة والتى يصفها على أنها مؤشرات للضغوط. وربما تكون أكثر النجاحات الجديرة بالذكر بالنسبة لتاريخ هذه الحالة هو استمرار التحسن الذى حققه باقى أفراد الأسرة، إذ لا يدخن أحدا منهم وخفضوا جميعهم من وزنهم، ويصفون نمط حياتهم على أنه أكثر صحة بشكل جوهرى عما كان عليه من قبل. وقد ذكر الابنان انخفاضا فى مستوى الكلسترول لديهما، وواصلا لياقتها البدانية، ومن أكثر الأشياء طرافه أن السيد والسيدة «د» وصفا جلطة السيد «د» القلبية على أنها أفضل الأشياء التى حدثت لأسرتهما.

سلوك النمط أ

من غير الممكن الحديث عن العلاج النفسى لأمراض القلب دون الحديث عن تعديل سلوك النمط أ. وقد جذبت محاولات تغيير عوامل الخطر السلوكية هذه قدرا كبيرا من الاهتمامات التراثية على امتداد الأعوام العشرين الماضية. وكانت نتائجها غير متسقة على الإطلاق. وقد ذكر بعض المؤلفين حدوث

(1) Self - Hypnosis.

انخفاض جوهرى فى الدرجات على سلوك النمط أ، وذكر البعض الأخر عدم حدوث أي تغيير، أو تغييرات زمنية محدودة (للأطلاع على مراجعة ممتازة لتعديل سلوك النمط أ أنظر: Johnston, 1982). وهناك العديد من الصعوبات تتعلق بهذه الدراسات المبكرة، وأكثر هذه الصعوبات هى الخلط الناتج عن عدم التطابق بين أساليب التدخل وأساليب قياس النتائج. فالبعض يختار أساليب التقدير الذاتى لسلوك النمط أ بكل أشكاله المتعددة، ويختار البعض الأخر أسلوب المقابلة المقننة المسجلة بالفيديو. كما قامت بعض الدراسات بمقارنة أشخاص أصحاء من أصحاب سلوك النمط أ بمرضى سابقين بجلطة القلب غير أنه أصبح مقبولاً الآن على نطاق واسع أن هؤلاء الأخيرين لا يشكلون مجموعة متجانسة.

وبالرغم من الجدل الدائر حول محاولات تغيير سلوك النمط أ، إلا أن هناك اتفاق عام على أن هناك ميل لحدوث انخفاض فى الدرجة على سلوك النمط أ عند استخدام أسلوب مناسب للتدخل. وهناك عدد من الدراسات الجيدة أوضحت ذلك (انظر على سبيل المثال Friedman et al. 1986; Thurman, 1985; Gill et al., 1985) إلا أن أحدث برنامج لتعديل سلوك النمط أ وهو الأكبر إلى حد بعيد هو مشروع الوقاية الدورية من أمراض الشرايين التاجية (1) (Freidman et al., op. cit). وهذه الدراسة جديرة بالإشارة على وجه الخصوص لأنها أجريت على مرضى ما بعد جلطة القلب وليس على جمهور الأصحاء. وحيث تم فيها تصنيف أكثر من ٨٠٠ مريض فى مجموعة تتلقى إرشادا فقط حول أمراض الشريان التاجي ، ومجموعة تتلقى إرشادا مماثلاً بالإضافة إلى تعديل سلوك النمط أ. (وصف ثورسن وزملاؤه Thoresen et al.,1982 هذه الأساليب بالتفصيل) وتم الحصول على تقديرات للنتائج سنويا على مدى السنوات الثلاثة الأولى ثم بعد أربعة أعوام ونصف. وقد انخفضت درجات أفراد المجموعتين على سلوك النمط أ، إلا أن مجموعة الإرشاد وتعديل سلوك النمط أ انخفضت درجاتهم جوهريا مقارنة بمجموعة الإرشاد فقط. وبالمثل كان معدل حدوث جلطة قلب جديدة أقل بمعدل النصف تقريباً فى مجموعة العلاج المشترك (٩ر١٢ فى المئة) مقارنة بمجموعة الإرشاد فقط (٢ر٢١ فى المئة) وبالرغم من ذلك، فإن أكثر النتائج المشجعة كانت انخفاض معدل حدوث جلطات قلب تالية لدى المرضى الذين انخفض لديهم سلوك النمط أ بنهاية عام واحد دون اعتبار لنوع العلاج الذى تلقوه مقارنة بأولئك الذين لم يغيروا من سلوك النمط أ لديهم. ويبدو أن هذه النتائج تمثل دعما قويا يؤكد أن التدخلات المحدودة التى تستهدف تعديل سلوك النمط أ لا تؤدى فقط إلى خفض السلوك المستهدف، بل تؤدى أيضا إلى خفض مترتبات أمراض القلب، أى الجلطة.

تاريخ حاله

دكتور «هـ» أكاديمى فى الثالثة والأربعين أحيل لقسم الخدمة النفسية بعد حصوله على إرشاد طبى، بعد تعرضه لجلطة حديثة فى القلب ، وكان متزوجا ولديه ثلاثة أطفال فى مرحله المراهقة، وتملك زوجته مشروعا غذائيا صغيرا والدكتور «هـ» رئيس قسم الرياضيات فى الجامعة المحلية، ودائما ما يتحدث عن طموحاته لجعل قسمه أكبر الأقسام فى الجامعات البريطانية، وكان

(1) Recurrent Coronary Prevention Project.

هو بالفعل أصغر من عُين أستاذا. وخلال المقابلة الأولى تحدثت السيدة «هـ» عن نهم زوجها للمنافسة، وهو لاعب أسكواش شديد الحماس، ومن راكبي الدراجات، ودائما ما يسعى للتفوق على نفسه، وقد وصفت زوجته كيف كان يهزم أطفاله فى ألعاب الأطفال عندما كانوا صغارا ولا يسمح لهم أبدا أن يكسبوا عندما يلعب معهم. وقد وصف هو ذلك باعتباره بناء للشخصية. ودائما ما كان دكتور «هـ» ينظر إلى ساعته ويبدو غير مستريح ونافذ الصبر خلال المقابلة. وقد وصف نفسه على أنه مملوء بالطاقة، ومتحمس، ولا يستطيع تحمل الأشخاص البطيئين.

وكجزء من التقييم التفصيلى أكمل الدكتور «هـ» مقابله مسجلة بالفيديو لتقدير سلوك النمط « أ»، وأجاب على مقاييس للعدائية والغضب والقلق والعصابية. وقد اكتمل علاجه الطبى ولم يحقق أي تعافى ملحوظ من الجلطة على مدى الشهرين السابقين، كما لم يتلق أى علاج طبى فى الوقت نفسه. وقد أظهر الدكتور هـ خلال المقابلة بعض المؤشرات السلوكية على العدائية وإمكانات العنف ونفاذ الصبر والتنافسية. وأشارت نتائج استخباراته إلى درجة عالية للغاية من العدائية، ودرجة عالية على سمة وحالة الغضب، ومستوى يتجاوز حدود السواء للعصابية. كما أشارت درجاته إلى مستوى أكلينيكى للقلق.

وقد تلقى الدكتور «هـ» ارشاداً حول هذه النتائج، ووافق بعد عده مناقشات على المشاركة فى دوره لتدبر سلوك النمط أ خلال الأسبوع التالى وشارك فى ١٠ اجتماعات يستمر كل منها لمدة ساعة ونصف مع مجموعة صغيرة لتعديل سلوك النمط أ. وتتضمن الدوره الآتى :

١ – معلومات حول طبيعة سلوك النمط أ والصلات الممكنة بينه وبين أمراض القلب وطبيعة استجابة الاسترخاء.

٢ – تقدير ذاتى للمكونات المعرفية، وإعادة التنظيم المعرفى.

٣ – تدبر القلق.

٤ – التحكم فى الغضب (بما فى ذلك تدريب على التوكيدية)

٥ – مجموعة متنوعة من أساليب الاسترخاء تتراوح بين الاسترخاء العضلى التدريجى والتنويم الذاتى.

ويسمح فى كل جلسة للمرضى بتقديم أمثله من حياتهم الواقعية للموضوع الذى تجرى مناقشته، واتفاق على أنماط التغلب والموارد المتاحة. وتنتهى الجلسة بفترة استرخاء مدتها ٢٠ دقيقة. وتحدد واجبات سلوكية للقيام بها بين الجلسات. ويطلب من المرضى الاحتفاظ بمفكرة لتسجيل استجاباتهم لتقديم أمثلة للجلسات التالية. ويتم قياس سلوك النمط أ والعدائية، والغضب والقلق والعصابية بالطريقة نفسها التى استخدمت فى البداية قبل بدء العلاج وفى منتصف الدوره ونهايتها.

وقد ظهر انخفاض جوهرى فى سلوك النمط أ كما قيس بمقياس جنكنز اسح النشاط، مع انخفاض جوهرى فى حالة القلق والغضب فى كل من مرحلتى القياس، وانخفضت درجات

العدائية ولكن بقدر غير جوهرى، ولم يحدث تغير سواء فى العصابية أو فى درجات سمة الغضب. وقد وصف الدكتور «هـ» نفسه على أنه أصبح مسترخيًا وأقل توترا بقدر جوهرى، وبدأ فى ملاحظه التحسن فى علاقاته مع أسرته وزملائه والذى عزاه إلى التدريب التوكيدى والتحكم فى الغضب. وقد ذكر أن الجلسات المتعلقة بتدبر الوقت ساعدته على العمل بطريقة أكثر إنتاجية. وقد ظل الانخفاض فى سلوك النمط P مستمرا على مدى عام كامل. ولم تنخفض سمة الغضب والقلق جوهريا عن ما كانت عليه عند التقييم النهائى. وقد أكد الدكتور «هـ» أن الجلسات العشرة وفرت طرقا بديلة للتعامل مع الإحباطات والضغوط التى تبين له أنه كان واقعا تحت وطأتها. وكان حماسة لعلاجه قريباً من الحماس الدينى مما شجعه على إرسال كل أعضاء قسمه لدورة خاصة لتعديل سلوك النمط P، وقد ذكر أن ذلك كلف قسمه عشرة آلاف جنيه خلال العام السابق، ولكن القسم كسب أكثر من ذلك من خلال الدخل الذى تحقق من الهيئات المانحة نتيجة لأن أعضاء قسمة أصبحوا الأكثر إنتاجية فى الجامعة.

الضغط المرتفع

دائما ما يرتبط الضغط المرتفع بالنمط السلوكى أ ، ولأن الاثنان عاملى خطر مستقلين لأمراض القلب (راجع : Panel, 1981) فقد حاولت بعض الدراسات تغيير كل منهما بانفصال عن الآخر (مثال ذلك : Irvine et al., 1986) أو معا (مثال ذلك : Bennett et al., 1991). وتعديل سلوك النمط أ كما أشير إليه فيما سبق يمكن تطبيقه بسهولة على جمهور مرضى الضغط المرتفع إلى أنه قد يتطلب الإمتداد به ليشمل أشكال أخرى من التدبر السلوكى ذات الصلة بجمهور أصحاب الضغط المرتفع مثل التغذية، والتحكم فى الوزن، وتحسين إذعانهم للعلاج.

وأبسط أشكال التدخل مع هذه المجموعة من العملاء هى التعليم والمراقبة الذاتية. وكثيرا ما تفشل التدابير الطبية لضغط الدم فى التأكيد على أهمية انتظام تناول الدواء واستمرار ذلك، ودائما ما يتوقف المرضى عن تناول أقراصهم إذا شعروا أنهم فى حالة أفضل، أو قد يتناولونها بجرعات عشوائية غير منتظمة. ويزيد المرضى من التزامهم بالنظام الدوائى عند إعطائهم تفسيرا بسيطا مختصرا حول كيف يعمل دوائهم، ويصبحون بالمثل أكثر ميلا للالتزام بالنظام الدوائى عند إخبارهم بالآثار الجانبية الممكنة والسبب الذى يؤدى إلى هذه الآثار الجانبية (Haynes et al., 1976) ومن الإجراءات المفيدة والتى تعد جزءاً من المراقبة الذاتية الاحتفاظ بمفكرة خاصة بالجرعات الدوائية وملاحظة الآثار الجانبية. والمنطق الذى يحكم هذا الأمر هو أن زيادة انشغال المريض بالعلاج سيؤدى إلى تقارير تحسن أكثر دقة، واحتمالات أقل لتخلى المرضى عن علاجهم. وتركز بعض الأساليب العلاجية العامة الأخرى على تغيير عوامل خطر أخرى لأمراض القلب تتفاعل مع الضغط المرتفع سواء كانت تؤدى إلى تفاقمه أو تزيد من مخاطر أمراض القلب الأخرى (مثل جلطة القلب أو الذبحة) أو الاثنتين معا (Kannel, 1977) ويركز علاج كانل السلوكى على التدخين، والتحكم فى الوزن، والتحكم فى كمية الملح فى الطعام، وخفض استهلاك الكحول والكافيين فى حالة إذا كانا زائدين وهناك بعض الدعم، وإن كان غير مؤكد، حول أن خفض ملح الطعام (Beard et al., 1982) والوزن (Basler et al., 1982) يمكن أن يساعد على

التحكم فى نوبات أرتفاع الضغط لدى المرضى متوسطى الضغط المرتفع البدناء. وهناك دليل على أن الرقابة اليومية الذاتية فقط لضغط الدم يمكن أن تؤدى إلى خفض تدريجي بالقدر نفسه على الأقل الذى تحققه التدخلات النفسيه الأخرى مثل التدريب على الاسترخاء. وبالرغم من ذلك فهناك بعض التضارب بين الانخفاض الذى يلاحظ على القياسات التى تؤخذ فى البيت وتلك التى تؤخذ فى العيادة. وسواء كانت هذه الانخفاضات راجعة إلى العائد(١) فقط أو كانت تعبر عن اعتياد طويل المدى على المراقبة الذاتية فإن الأمر مازال غير واضح (Chensey et al., 1987).

وحتى عند استخدام التدريب النموذجى على الاسترخاء بمفرده فسيكون له تأثير خافض على ضغط الدم. وقد وردت تقارير متسقة حول ذلك منذ عام ١٩٧٦ غير أن الدراسات المبكرة تضمنت جوانب ضعف منهجية متعددة ، من ذلك ارتفاع معدلات الأفراد الذين خرجوا من الدراسة قبل نهايتها، وعدم وضوح نوع العلاج ، واستخدام مجموعات غير متجانسة. وقد ظهر أن الأساليب التأملية (٢) تخفض من ضغط الدم بقدر جوهرى بالمقارنة بعدم استخدام أى علاج على الإطلاق (Seer and Raeburn, 1980). وكذلك الاسترخاء العضلى (Southam et al., 1982) غير أن أكثر الدراسات المقنعة هى تلك التى قارنت أساليب العلاج التى تقبل المقارنة فيما بينها.

وقد ظهر انخفاض جوهرى فى ضغط الدم فى دراسة جمعت بين الاسترخاء العضلى التدريجى والأساليب التأملية وقارنت بينهما وبين تدخل يتضمن توفير المعلومات فقط، وحدث الانخفاض فى مجموعة العلاج المزدوج ، بالإضافة إلى ذلك، استمرت هذه الانخفاضات وتزايدت على مدى ثلاثة أشهر من المتابعة ثم على مدى أربعة سنوات من المتابعة (Patel et al., 1985). وقد أمكن الحصول على نتائج جوهرية مشابهة عند استخدام أساليب تجمع بين التأمل والاسترخاء عند المقارنة بينها وبين إجراءات للتحكم فى الانتباه (٣) (Patel and Marmot, 1988) أو بينهما وبين عدم استخدام أى علاج نشط (Jorgensen et al., 1981) وعند مقارنة التدريب على الاسترخاء بالعلاج الطبى وحده أو عندما يصحبه دعم علاجى نفسى، برهن الاسترخاء على أنه العلاج المتفوق (Taylor et al., 1977).

وأكثر المقارنات شمولا بين العلاج النفسى لدى المرضى متوسطى الضغط هى التى وصفها شيزنى وزملاؤه (1987) ,.Chesney et al فقد صنف ١٥٨ مريضا بطريقة عشوائية فى خمس مجموعات تدريب على الاسترخاء فقط، أو تدريب على الاسترخاء واعادة التنظيم المعرفى، أو الاسترخاء مع عائد بيولوجى، أو الاسترخاء مع علاج سلوكى (الإقلال من الملح والتدخين والكافيين) أو الجمع بين الاسترخاء والعائد البيولوجى والتنظيم المعرفى. وقورنت هذه المجموعات بمجموعة ضابطة كان يقاس ضغط أفرادها فقط. ولم تكن هناك فروق بين المجموعات عند قياس ضغط دم أفرادها فى العيادة، حيث أظهرت جميعها انخفاضا جوهريا، وبالرغم من ذلك أظهرت مجموعات التدخل فقط انخفاضا عند قياس ضغط أفرادها أثناء وجودهم بأماكن عملهم. وأظهرت مجموعة الاسترخاء والعلاج المعرفى أكبر انخفاض فى كل من الضغط الانقباضى والانبساطى.

(1) Feedback.
(2) Meditation techniques.
(3) Attention Control.

خــــلاصة

الخلاصة العامة من العلاج النفسى لمرضى ضغط الدم المرتفع ، هى أن أغلب أساليب العلاج يمكن أن تكون فعالة بدءاً من المراقبة البسيطة لضغط الدم وحتى العلاج المعرفى التفصيلى، ولم يبرهن أسلوب واحد على أنه المتفوق دون سواه، وبالرغم من ذلك فعندما يتم الجمع بين التعليم والتدريب على المهارات والعائد البيولوجى والعلاج المعرفى فى الاستخدام ، تصبح النتائج مشجعة للغاية ، ويتعين أن يكون هذا الأسلوب متعدد المستويات هو أكثر العلاجات الفعالة المختارة.

تاريخ حالة

السيد «و» بنَّاء فى الثامنة والخمسين يعمل لحسابه الخاص، وهو يعيش مع زوجته، وهى ربة بيت فى الرابعة والخمسين، ولديهما ثلاثة أبناء كبروا وأصبحت لهم عائلاتهم الخاصة، ولكنهم يعيشون بالقرب من والديهم. وقد أحيل السيد «و» على أنه يعانى من ضغط دم مرتفع بدرجة غير كبيرة (يتراوح ضغطه الانبساطى بين ۹۰، ۱۰٥) حسبما قام بقياسه الممارس العام وقدمت للسيد «و» إمكانية الاشتراك مع مجموعة من تسعة أشخاص آخرين مرتين أسبوعيا لمدة عشرة أسابيع للتدريب على التحكم فى الضغوط. وأجرى له قياس لسلوك النمط P باستخدام مسح الأنشطة لجنكينز، والغضب بمقياس التعبير عن الغضب لسبيلرجر، واستخدم بروفيل ديروجيتس Derogatis للضغوط لقياس التقدير الذاتى للضغوط. وقيس ضغط الدم قبل وبعد كل جلسة من جلسات التدريب على التحكم فى الضغوط، واستخدم هذا القياس لتوفير عائد له عن كل جلسة.

وتضمن برنامج التدريب على التحكم فى الضغوط تعليما حول ضغط الدم ودور الضغوط، وتدريب على الاسترخاء، وإعادة التنظيم المعرفى، وتعديل للنمط P السلوكى، وبالأخص تغيير ضغوط الوقت، واستجابات الغضب. وتضمنت الواجبات المنزلية مراقبة ذاتية منتظمة لضغط الدم والاحتفاظ بمفكرة يومية لتسجيل الأحداث الضاغطة.

وبدا من الواضح خلال الجلسات أن السيد «و» يعانى من صعوبات فى زواجه، وأمكن تتبع المشكلة وتبين أنها تعود جزئيا على الأقل إلى عدم توكيديته وعندما طلب منه أن يكون توكيديا اتخذ موقفا دفاعيا ثم عدوانيا وانتهى به ذلك إلى مشاعر ذنب واكتئاب. ثم انسحب بعد ذلك من العلاقة. وقد أدى ذلك إلى ضغوط إضافية. وقد حدد السيد «و» ذلك باعتباره المصدر الأساسى للضغوط التى يعانى منها. ومن خلال المعلومات التى سجلها فى دفتر يوميات الضغوط/ضغط الدم كان فى مقدوره أن يلاحظ الآثار المباشرة لذلك على ضغط دمه. ونتيجة لاشتراكه فى المجموعة أصبح قادراً على تسجيل مساعدات بقية أعضاء المجموعة له فى تحديد استجاباته، ومساعدته على تغيير الأفكار المصاحبة، وتوفرت له إمكانية ممارسة قدر أكبر من التوكيدية، ودرجة أقل من الاستجابات العدوانية لمشكلات معينة.

وبنهاية البرنامج انخفضت قياسات ضغط السيد «و» جوهريا بشكل متسق، وأصبح

أكثر هدوءا، وذكر أنه يشعر بقدر أكبر من التحكم، وانخفضت درجاته على بروفيل الضغوط ولكن بقدر غير جوهرى، ولم تتغير درجاته على سلوك النمط A عن المستوى البينى الأساسى الذى كان عليه. وبالرغم من ذلك تغيرت درجاته فى التعبير عن الغضب تغيرا جوهريا. ويذكر الآن أن مشاعر غضبه أقل، وتعبر عن قدر أقل من الغضب. وقد استمر النمط نفسه من الاستجابة على امتداد ستة أشهر من المتابعة، واستمر السيد «و» فى ذكر زيادة فى مشاعر التحسن والتحكم، وقد ذكر أيضا أن التحسن فى علاقته بزوجته ساعد على مواصلة تحسن ضغط دمه. وعند هذه المرحلة انخفض ضغطه الانبساطى ليتراوح بين ٨٠ و٩٠ وأصبح لايعد نتيجة لذلك فى خطر من احتمالات أمراض شرايين تاجية أخرى.

الربـــو

تضمنت الكثير من البحوث الخاصة بالجوانب النفسية لأمراض التنفس مجموعات مختلطة من الناس : من لديهم ربو واحتقان فى الشعب الهوائية وبقية الاضطرابات الرئوية. ويتضمن المجال النمطى للبحوث العلاقة بين الألكسيثميا(١) (وهى اضطراب عام فى المزاج والتفكير يتسم بتعبيرات بدنية عن بعض الصراعات النفسية الداخلية) والأقامة فى المستشفى (مثل ذلك : Dirks et al., 1981) واستجابات الهلع/الخوف للأمراض التنفسية (مثال ذلك : Dirks et al., 1977) وسمات الشخصية والأداء الرئوى (مثال ذلك : Biro and Sebej, 1977) والتدبر السلوكى لأمراض الرئتين (Parker, 1985). وعندما كانت الدراسة تقتصر على المرضى الذين يعانون من الربو فقط كان يطبق أسلوبان نفسيان عريضان هما العلاج النفسى والعلاج السلوكى، وعندما كان العلاج النفسى هو المستخدم كان اعتماده الأساسى على نظريات التحليل النفسى حول الاتكالية الزائدة(2) والتعلق بالأم، وأن الأزمة الربوية عبارة عن صرخة مكبوتة. وبالرغم من ذلك، هناك القليل من الدلائل، من خلال التراث البحثى المتاح حول علاقة غير معتادة بين الأم والطفل المصاب بالربو. وتوجد بالأحرى بعض الدلائل على أن مرضى الربو يميليون لأن يكونوا أشخاصا جيدى التوافق (أنظر على سبيل المثال : Gauthier et al., 1977) ولا توجد بالمثل دلائل تؤيد نظرية الصرخة المكبوتة ، وبالقدر نفسه لا توجد دلائل على أن العلاج النفسى وحده يسكن الربو، ويميل أى تحسن يذكر لأن يكون ظرفيا (Creer, 1982).

وقد برهنت الاستراتيجيات السلوكية على أنها أكثر نجاحا بقدر ما. وقد أظهر علاجاً مضبوطاً باستخدام التسكين المنظم (٣) لمؤشرات اثارة الخوف(٤) لدى ستة عشر طفلا تحسنا ضئيلاً فى قوة الزفير القهرى (٥) عندما قورن بينهم وبين مجموعة لم تتلق علاجا نشطا (Miklich et al., 1977) وأحد المشكلات المتعلقة بهذه الدراسة ، هى أن بعض المرضى حققوا تقدما كبيراً ، غير أن هذه النتيجة أصبحت

(1) Alexithmia.

(2) Over - dependance.

(3) Systematic desensitisation.

(4) Fear - provking cues.

(5) Forced expiratory volume.

مبهمة عندما استخلصت المتوسطات لمجموع المرضى معا، والذين لم يحقق بعضهم تحسنا كبيرا، وقد أدى ذلك إلى الدعوة لجعل مرضى الربو يقارنون بأنفسهم وذلك للحد من المقارنات بين المفحوصين. وتتضمن بعض الأساليب الأخرى المتعلقة بتعلم التمييز بين الأعراض (بتعليم المرضى كيف يقيِّمون متى تكون النوبات الربوية وشيكه) ، واستخدام مؤشرات بدنية للنوبات مثل اختبار وظائف الرئة لتوفير عائد بيولوجى للمريض. وقد برهن تعليم فريق المستشفى كيفية عدم تعزيز سلوك المرض، من خلال إبعاد التليفزيون والكتب وإمكانات التفاعل مع بقية الأطفال عند دخول مريض الربو إلى المستشفى على أنه إجراء مفيد فى خفض طول فترة الإقامة، بالإضافة إلى تعليم المرضى استراتيجيات التدبر الذاتى (انظر على سبيل المثال : Weiss, 1981) وتتضمن بعض أساليب التدبر النفسى الحديثة لمرضى الربو استخدام الرسوم البيانية والمسارات التى يستطيع المريض من خلالها اتخاذ قرارات والقيام باستجابات خلال النوبة الربوية ذات طبيعة وقائية (Pal-Hegedus, 1988) وتتوفر تقارير على أن الجمع بين استراتيجيات التغلب السلوكية، والعائد البيولوجى، واستخدام التنويم (Brown and Fromm, 1988) حقق بعض النجاح فى الإقلال من الأعراض. ويتعين عدم إغفال أهمية تزويد المرضى بالمعلومات الأساسية حول الربو، وبالأخص فى علاقتها بالاستخدام الصحيح للعقاقير، ويعتمد الكثيرون من مرضى الربو على أنفسهم فى تناول الأدوية. وتعد المشاركة النشطة فى العلاج من الأمور الجوهرية لحسن التدبر.

تاريخ حالة

الأنسة «م» مدرسة فى الثلاثين من عمرها ، وهى تعمل فى إحدى الكليات ، وتعانى من الربو منذ أن كانت فى الثامنة عشر. وقد أُوضحت لها حالتها بصورة جيدة وحملت قدرا كبيرا من المسئولية لتدبر أمر نفسها، وكان طبيبها فى أشد السعادة لتحملها المسئولية، وقام بتحويلها للخدمات النفسية للتدريب الأساسى على الاسترخاء، وبعد عدة أسابيع من ملاحظة الأنسة «م» قبل حدوث نوبة الربو وأثناء حدوثها وبعدها (والتى أحدث الفريق الطبى بعضها تجريبيا) أصبح من الواضح أن سرعة تنفسها غير العميق (١) هو المرحلة المبكرة السابقة على حدوث نوبة الربو والتى تؤدى إلى تفاقمها. وكان بروفيلها النفسى سويا فيما عدا درجة مرتفعة على مقياس الهلع/الخوف من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMPI). وقد اتفق لها على برنامج يتضمن سبع جلسات تتدرب خلالها على التنفس العميق، ويتضمن ذلك تنفسا للحجاب الحاجز (٢). تنفس بطئ وعميق، مع زفير بنفس بطئ الشهيق (Soskis, 1986) بالإضافة إلى جلسات أخرى موازية للتدريب على الاسترخاء العضلى والتنويم الذاتى، وكانت الجلسات فردية وتتم فى منزلها. وقد كشف التقييم على امتداد ثلاثة أشهر، والذى تم فى عيادة الصدر فى المستشفى المحلى عن انخفاض قدره ٣٠ فى المئة فى عدد نوبات الربو التى تعاينها، وصاحب ذلك انخفاض قدره ١٠٠ فى المئة فى النوبات التى تتطلب دخول المستشفى. واستمر نمط التحسن

(1) Shallow.

(2) Diaphragmatic breathing.

على امتداد عام المتابعة متضمنا انخفاضا قدره ٧,٥ فى المئة فى عدد مرات دخول المستشفى. وقد استخدمت الأنسة «م» الاسترخاء والتنويم الذاتى بمعدل مرة فى الأسبوع، وذكرت عدم وجود آثار جانبية عكسية من استخدام هذه الأساليب، وذكرت تحسنا عاما فى صحتها وتحكمها، إلا أن ذلك لم يقيم بشكل نظامى ، وهى تقوم الآن بتدريس هذه الأساليب بموافقة الطبيب للمرضى الذين يزورون العيادة.

احتقان الشعب الهوائية المزمن

أهملت الجوانب النفسية لاحتقان الشعب الهوائية المزمن والانتفاخ الرئوى بصورة محزنة فى كل من البحوث وأساليب التدخل. والكثير من العلاجات التى يستطيع الأخصائى النفسى تقديمها ستكون التدخل فى الأزمات والتحكم فى الأعراض. على الرغم من أن التدخين يعد أكبر الأسباب المنفردة للاحتقان المزمن للشعب الهوائية والانتفاخ الرئوى، ويتعين تقديم برامج التوقف عن التدخين، وكما سبق الإشارة إلى ذلك من قبل تعد العوامل النفسية محددات أساسية للإعاقات الوظيفية لدى عدد كبير من الناس، وبالتالى فمن المهم أن يجرى فحص نقدى للمستوى الحقيقى للقدرة الوظيفية. ويمكن القيام بذلك فقط بالاشتراك مع فريق الرعاية الصحية وذلك لعدم إفساد مدخلات المهنيين الآخرين المهتمين.

ودائما ما يكون التدخل النفسى مع هذه المجموعة من العملاء فى سياق البرامج العامة لإعادة التأهيل (أنظر على سبيل المثال :Agle et al., 1973) وقد لا يزيد عن كونه تدريبًا بسيطًا على الاسترخاء. وهناك القليل من التقارير حول تدخلات نفسية نوعية مع هؤلاء المرضى. وقد قارنت إحدى الدراسات فى هذا المجال (Rosser et al., 1983) بين مجموعة مرضى تلقى أفرادها علاجا تحليليا نفسيا بمجموعة أخرى تلقت علاجا نفسيا تدعيميا ، ومجموعة رعاية ركزت على القضايا العملية فى احتقان الشعب الهوائية، وقورن بين كل المجموعات ومجموعة لم تتلق علاجا نشطا ممن كانت تُجرى لهم اختبارات معملية فقط مرة فى الأسبوع. وتم متابعة كل المجموعات لمدة ستة أشهر. وتوحى النتائج أن كل من مجموعتى العلاج النفسى حققت تغيرات سيكودينامية ، غير أن مجموعة العلاج بالتحليل النفسى لم تحقق أية فائدة إيجابية تتعدى ذلك. وقد خفضت مجموعة الدعم النفسى من أعراضها السيكايترية كما قيست باستخبار الصحة العامة[1] وزادت من ممارستها للرياضة. وحققت مجموعة الرعاية تحسنا فى التنفس ولكن مع زيادة فى الوقت نفسه فى درجاتها على الاكتئاب. ويتعين النظر إلى نتائج هذه الدراسة بحذر إذ أن بعض المجموعات العلاجية تضمنت عددا قليلا من الأفراد لا يزيد عن خمسة مرضى ولم تستعاد هذه النتائج فى دراسات أخرى.

(1) General Health Questionnaire.

تاريخ حالة

الأنسة «ذ» فى الثانية والستين من عمرها، وهى ممرضة سيكايترية ، وقد شخصت على أنها تعانى من احتقان مزمن فى الشعب الهوائية وانتفاخ رئوى على مدى سبع سنوات سابقة، وقد تلقت حتى الآن علاجا طبيا فقط، عادة ما يكون خلال النوبات الحادة. وقد شعر الفريق الطبى أن الأنسة «ذ» قد تستفيد من إعادة تأهيل عام يتضمن بعض التدريب على الاسترخاء والتنفس. وقد أجرى لها اختبار لتحمل الجهد[1] قبل بدء العلاج لتحديد مستوى الأهداف العلاجية. وقُدر أن الهدف سيكون أقل بمقدار ٢٠ فى المئة من الإمكانية القصوى لمجموعتها العمرية. وقد تلى إجراء فحص نفسى تفصيلى لها تضمن حالة القلق والأكتئاب بدء الأنسة «ذ» دوره تمتد لمدة ١٢ أسبوع تدريب على الأيروبك [2] صمم خصيصا ليفى باحتياجاتها. وقد اشترك معها فى هذا البرنامج مجموعة تتكون من ١١ شخصا أخرين لديهم التشخيص ذاته وبدأوا معها فى الوقت نفسه. وكان التدريب يجرى بمعدل مرتين أسبوعيا لمدة ساعة ونصف فى كل مره. وأديرت جلسة ثالثة بواسطة ممرضة وأخصائى نفسى إكلينيكى مع المجموعة نفسها من الأفراد وقد خصصت لدعم المجموعة وتعليم أفرادها الذين لديهم النوبات المتكررة نفسها من احتقان الشعب الهوائية. وقد شُجع أعضاء المجموعة للكشف عن مشاعرهم وآية مشكلات يرغبون فى مشاركة الآخرين فى الحديث عنها ومناقشة أية مشكلات تتعلق بتشخيصهم. وقد استمر ذلك لمدة ١٢ جلسة، وتم تعليمهم التدريب على الاسترخاء الذاتى وتمرينات التنفس (وفق أسلوب جاكوبسون Jacobson, 1978) خلال جلسات إعادة التأهيل البدنى بواسطة أخصائي علاج طبيعى له اهتمامات بطب الأمراض الصدرية.

وبنهاية الأسابيع الأثنى عشر أعيد اختبار تحمل المجهود واختبار القلق والاكتئاب. وقد أظهرت الأنسة «ذ» تحسنا ملحوظا فى مستوى تحملها للجهد وكان أداها أفضل جوهريا (وقد استخدمت معدلات ضربات القلب والتنفس كموشرات) فى المستوى الأولى لاختبار تحمل الجهد، وقد لاحظت التحسن فى قدراتها على أداء المهام اليومية، ولم تكن درجاتها الأصلية على القلق مرتفعة بقدر غير سوى، غير أن درجاتها على الاكتئاب كانت مرتفعة بدرجة تصنفها فى مجموعة المكتئبين إكلينيكيا، وقد أظهر القياس التالى انخفاضا فى درجاتها على الاكتئاب لأدنى من المستويات الإكلينكية.

وقد شعر طبيب الأنسة «ذ» وكذلك أخصائى العلاج الطبيعى المشاركين فى علاجها بتحسنها الملحوظ فى كل من حالتها البدنية والنفسية غير أن هذا التحسن لم يقيم بشكل نظامى.

وقد أظهرت متابعة الأنسة «ذ» لمدة عام تالى انخفاضا قليلا فى كفاءتها البدنية،. غير أن هذه المستويات للكفاءة ظلت أعلى من المستوى الذى بدأت به البرنامج ، وقد ظلت درجات الاكتئاب على ما كانت عليه بعد العلاج ولم تتغير درجاتها على القلق.

(1) Exercise tolerance test.

(2) aerobic.

الأفراط فى التنفس

أستخدم التدريب على التنفس بنجاح أيضا مع مجموعة الأشخاص الذين يطلق عليهم اسم مفرطي التنفس. وهو عبارة عن عائد بيولوجي يتضمن أحيانا أجهزة تقيس معدل التنفس، وجودة الزفير (Grossman et al., 1985) وأبسط الأساليب هى جعل المريض يعيد تنفس زفيره من خلال التنفس فى كيس ورقى. ويعمل هذا الأسلوب خلال نوبات الإفراط فى التنفس على إعادة اختزان ثانى أكسيد الكربون عند المستويات السوية فى الدم (أنظر الفصل الثامن Lindsay) وتتراوح الاستراتيجيات التى تهدف إلى منع النوبات بين التدريب على الاسترخاء و بين تطبيق البرامج المعرفية السلوكية الشاملة للتدريب على تدبر الضغوط.

وقد ظل ينظر إلى الإفراط فى التنفس باعتباره الأداء الفيزيقى لبعض الاضطرابات النفسية والسيكايترية الكامنة مثل القلق المزمن أو اضطراب الهلع. وبناء على ذلك عولج بشكل غير مباشر باستخدام الأساليب المعرفية السلوكية، أو الأساليب النفسية الدينامية، وعندما يعتقد أن هذه هى الحالة فإننا نحيل القارئ إلى التراث المتعلق بعلاج اضطرابات القلق والهلع (أنظر Lindsay الفصل الثامن). وعندما يعتقد أن الإفراط فى التنفس نذير بالربو أو تقلصات الشريان التاجى، وعلى الرغم من كون العلاج هو نفسه علاج اضطرابات الهلع عموما، إلا أن العلاج يميل إلى التركيز على الإفراط فى التنفس. وهنا يحتمل أن تكون استراتيجيات العلاج السلوكى البسيطة مثل التدريب على الاسترخاء والذى يتضمن التحكم فى التنفس والعائد البيولوجى هو الأكثر فائدة. ولسوء الحظ فإن الإفراط فى التنفس يمكن أن يؤدى إلى تفاقم آلام الصدر لدى مرضى الشرايين التاجية(Freman and Nixon, 1985) ولهذا يتعين علاج هؤلاء المرضى بالتعاون مع الأطباء.

تاريخ حالة

السيد «س» فى الثامنة والخمسين من عمره لديه آلام صدر مزمنة ومستقرة. تردد السيد «س» على عيادة القلب الخارجية على مدى السنوات الثلاثة السابقة بعد تشخيص حالته. وهو دائم الشكوى من أن آلام صدره تصبح أسوا عندما يكون مثقلاً بالعمل، وقد أحيل لأختباره لتحديد مدى ملائمة إلحاقه ببرنامج للتدريب على تدبر الضغوط. وبعد التقييم الأولى تبين أنه مرتفع القلق وعدائى وحالة نمطية للنمط ? السلوكية بشكل مفرط. وبالتالى يكون ملائما للعلاج.

وعلى الرغم من ذلك رفض السيد «س» المشاركة أو العمل مع أى أخصائي نفسى. وكان هناك شعور أنه سيستفيد من تعلم التحكم فى التنفس، وأن إفراطه فى التنفس هو الذى يؤدى إلى تفاقم نوبات آلام الصدر والربو الصدرى لديه كما تبين من الاختبارات على القلب. وقد ناقش الأخصائي النفسى العلاج مع أخصائية علاج طبيعى كان لديها اهتمامات خاصة باضطراب القلب، وقد وافقت على تعليم السيد «س» الاسترخاء والتحكم فى التنفس والذى يتضمن تنفسا عميقا وبطيئا للحجاب الحاجز مع التحكم فى مرات الشهيق والزفير.

وبعد عشر جلسات من التدريب أدى السيد «س» اختبارا رياضيا تم خلاله حث الإفراط فى التنفس، غير أنه تمكن بنجاح شديد من التحكم فى تنفسه. وتوقف عن الإفراط فى التنفس بإرادته. وأظهر خلال هذا الوقت قدرا من التحكم فى الربو كما قيس بالـ ST- Segment وهو الجزء الخاص بالاكتئاب الذى يعد خاصية تشذ عن النمط السوى الذى يبينه رسام القلب. وقد شعر أخصائى القلب الخاص بالسيد «س» أنه قد استفاد من التدريب، ودعاه إلى المشاركة فى مجموعة تدريب قائمة للتحكم فى الضغوط. وقد وافق السيد «س» على المشاركة وأكمل الأسابيع الاثنتى عشر للدورة مشاركا مشاركة كاملة فى كل الجلسات.

References

Agle, D. P. *et al.* (1973) 'Multidisciplinary treatment of chronic pulmonary insufficient: I Psychologic aspects of rehabilitation', *Psychosomatic Medicine* 35: 41–9.

Basler, H. D. *et al.* (1982) 'Psychological group treatment of essential hypertension in clinical practice', in A. Mathews and A. Steptoe (eds) *Behavioral Medicine,* Leicester: British Psychological Society (57–64).

Beard, C. *et al.* (1982) 'Randomised controlled trial of a no added sodium diet for mild hypertension', *Lancet* II: 455–8.

Bennett, P. *et al.* (1991) 'Treating type A behaviors and mild hypertension in middle aged men', *Journal of Psychosomatic Research* 35(2/3): 209–23.

Biro, V and Sebej, F. (1977) 'Personality traits and respiration changes sensorimotor load in asthmatics', *Studia Psycholgia* 19(4): 314–17.

Brown, D. P. and Fromm, E. (1988) 'Hypnotic treatment of asthma', *Advances* 5: 15–27.

Chesney, M. A. *et al.* (1987) 'Relaxation training at the worksite: I The untreated mild hypertensive', *Psychosomatic Medicine* 49: 250–73.

Creer, T. L. (1970) 'The use of a time out from positive reinforcement procedure with asthmatic children', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 117–20.

Creer, T. L. (1982) 'Asthma', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50(6): 912–21.

Derogatis, L. R. (1986) 'The Derogntis Stress Profile (DSP): quantification of psychological stress', *Advancess in Psychosomatic Medicine* 003: 1.

Dirks, J. F. *et al.* (1977) 'Panic/fear: a personality dimension related to length of hospitalisation in respiratory illness', *Journal of Asthma Research* 14(2): 61–71.

Dirks, J. F. *et al.* (1981) 'Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma', *Psychotherapy and Psychosomatics* 36(1): 63–71.

Freeman, L. J. and Nixon, P. G. F. (1985) 'Chest pain and the hyperventilation syndrome – some aetiological considerations', *Postgraduate Medical Journal* 61: 957–61.

Friedman, M. *et al.* (1986) 'Alteration of Type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. Summary results of the RCCP', *American Heart Journal* 112(4) 653–65.

Gautheir, Y. *et al.* (1977) 'The mother–child relationship and the development of autonomy and self-assertion in young (14–30 months) asthmatic children', *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 16: 109–31.

Gill, J. J. *et al.* (1985) 'Reduction of Type A behavior in healthy middle-aged American military officers', *American Heart Journal* 110: 503–14.

Grossman, D., DeSwart, J. C. G. and DeFares, P. B. (1985) 'A controlled study of breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 49–58.

Gruen, W. (1975) 'Effects of brief psychotherapy during the hospitalisation period on the recovery process in heart attack', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 223–32.

Haynes, R. B., Sackett, D. L. and Gibson, E. S. *et al.* (1976) 'Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension', *Lancet* I: 1265–8.

Irvine, M. J. *et al.* (1986) 'Relaxation and stress management in the treatment of essential hypertension', *Journal of Psychosomatic Research* 30: 437–50.

Jacobson, E. (1978) *You Must Relax*, New York: McGraw-Hill.

Jenkins, C. D. (1979) *Form C: Jenkins Activity Survey,* New York: Psychological Corporation.

Johnston, D. W. (1982) 'Behavioral treatment in the reduction of coronary risk factors: Type A behavior and blood pressure', in A. Mathews and A. Steptoe (eds) *Behavioral Medicine*, Leicester: British Psychological Society (43–56).

Jorgensen, R. S. *et al.* (1981) 'Anxiety management training in the treatment of essential hypertension', *Behaviour Research and Therapy* 19: 467–74.

Kannel, W. E. (1977) 'Importance of hypertension as a major risk factor in cardiovascular disease', in Genet, Koiw and Kuchel (eds) *Hypertension, Pathology and Treatment*, New York: McGraw-Hill.

Kottke, T. E., Puska, P., Salonen, J. T. *et al.* (1984) 'Changes in perceived heart disease risk and health during a community based heart disease prevention programme: the North Karelia Project', *Public Health Briefs* 74: 12.

Langosch, W. (1984) 'Behavioural interventions in cardiac rehabilitation', in A. Steptoe and A. Mathews (eds) *Health Care and Human Behaviour*, London: Academic Press (301–24).

Lenzer, A., and Aronson, A. (1972) 'Psychiatric vignettes from a CCU', *Psychosomatics* 13: 179–84.

Long, B. D. (1984) 'Aerobic conditioning and stress inoculation: A comparison of stress management interventions', *Cognitive Therapy and Research* 8(5): 517–42.

Meichenbaum, D. (1985) *Stress Inoculation Training*, Oxford: Pergamon Press.

Meyer, A. J. and Henderson, J. B. (1974) 'Multiple risk factor reductions in the prevention of cardiovascular disease', *Preventative Medicine* 3: 225.

Miklich, D. R. *et al.* (1977) 'The clinical utility of behavior therapy as an adjunctive treatment for asthma', *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 60: 285–94.

Ornish, D. *et al.* (1983) 'Effects of stress management training and dietary changes in treating ischaemic heart disease', *Journal of the American Medical Association* 249: 1.

Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W. *et al.* (1990) 'Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?' *Lancet* 336: 129–33.

Pal-Hegedus, C. (1988) 'Behavioral treatment in childhood asthma. Special issue: health psychology', *Revista-Latinoamericana de Psicologia* 20(1): 71–80.

Parker, S. R. (1985) 'Future directions in behavioral research related to lung disease', *Annals of Behavioral Medicine* 7(4): 21–5.

Patel, C. F. and Marmot, M. (1988) 'Can general practitioners use training in relaxation and management of stress to reduce mild hypertension?', *British Medical Journal* 296: 21–4.

Patel, C. *et al.* (1985) 'Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four year follow-up', *British Medical Journal* 290: 1103–6.

Puska, P. *et al.* (1983) 'Changes in risk factors for CHD during 10 years of a community intervention programme: the North Karelia Project', *British Medical Journal* (17 December 1983): 287.

Review Panel on Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease (1981) 'Coronary prone behavior and coronary heart disease: a critical review', *Circulation* 63: 1199–215.

Rosser, R., Denford, J. and Heslop, W. *et al.* (1983) 'Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management', *Psychological Medicine* 13: 93–110.

Seer, P. and Raeburn, J. M. (1980) 'Meditation training and essential hypertension: a methodological study', *Journal of Behavioral Medicine* 3: 59–71.

Soskis, D. A. (1986) *Teaching Self Hypnosis: An Introductory Guide for Clinicians*, New York: W. W Norton.

Southam, M. A. *et al.* (1982) 'Relaxation training: blood pressure lowering during the working day', *Archives of General Psychiatry* 39: 715–17.

Taylor, C. *et al.* (1977) 'Relaxation therapy and high blood pressure', *Archives of General Psychiatry* 34: 339–42.

Thoresen, C. E. *et al.* (1982) 'The RCCP. Some preliminary findings', *Acta Medica Scandinavica* (Supplement) 660: 172–92.

Thurman, C. W (1985) 'Effectiveness of cognitive-behavioral treatments in reducing Type A behavior among university faculty – one year later', *Journal of Counselling Psychology* 32: 445–8.

Weiss, J. B. (1981) 'Superstuff', in *Self-Management Educational Programs for Childhood Asthma, Vol 2: Manuscripts*, Bethesda, Md.: National Institute of Allergic And Infectious Diseases.